Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel.

Menière'sche Krankheit und Neuropsychose.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Walter Ebel

Medizinalpraktikant aus Lorsch/Hessen.

Kiel 1909.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel.

Menière'sche Krankheit und Neuropsychose.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Walter Ebel

Medizinalpraktikant aus Lorsch/Hessen.

Kiel 1909.

Druck von H. Fiencke.

No. 24.

Rektoratsjahr 1909/10.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt

Prof. Dr. **Fischer,**
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154807_0018

Einleitung.

1) Historische Vorbemerkungen über den Zusammenhang von Ohrleiden und Schwindel, insbesondere die Menière-schen Entdeckungen.

2) Die Erläuterung der echten Menièreschen Symptome und Feststellungen des Auftretens

a) bei seither gesundem Hörorgan,

b) bei bereits erkranktem Hörorgan.

3) In Gegensatz hierzu stehen:

a) Schwindelanfälle infolge äußerer Eingriffe, Traumas.

b) Pseudo-Menièresche Anfälle

1) bei Hysterie,

2) bei Epilepsie,

3) bei Tabes.

4) Anatomie des Gehörorgans.

Ausführung.

1) Die genaue Feststellung des Ohrschwindels.

1) Der Schwindel,

2) Die Ohrgeräusche,

3) Das Erbrechen,

4) Bewegung und Richtung beim Sturze,

5) Störung des Bewußtseins,

6) Augensymptome,

7) Der Kopfschmerz,

8) Die Ataxie,

9) Der Gesichtsausdruck,

10) Komplikation mit Hysterie,

2) Die pathologischen Veränderungen im Ohr bei dem Menièreschen Symptomen-Komplex.

3) Die Diagnose.

Schluß.

Die Prognose und Therapie.

Wie bei jeder Entdeckung bereits Vorgänger da waren, die ähnliche Tatsachen konstatiert und beschrieben haben, so ist dies auch bei der Feststellung der Vertigo auralis von Menière der Fall, der zuerst im Jahre 1861 dieses Krankheitsbild als typisches und in seiner Art einzig dastehendes beschrieb.

Unter dem Titel: »Mémoire sur les lésions de l'oreille interne, donnant lieu à des Symptomes de congestion cèrébrale apoplectiforme«, veröffentlichte er eine Reihe von Fällen aus seiner Praxis, wo die Patienten immer mit denselben Symptomen, die in verschiedenen Intervallen auftraten, zu ihm kamen.

Bereits im Jahre 1825 wurde von Itard der Zusammenhang zwischen Ohrleiden und Schwindel festgestellt. Auch andere Autoren haben sich eingehend mit dem gleichzeitigen Auftreten von Ohrerkrankungen und Schwindelanfällen befaßt.

Menière war der erste, der wie oben erwähnt, an der Hand mehrerer Fälle die Krankheitssymptome näher spezialisierte und nach dem das ganze Krankheitsbild seinen Namen erhalten hat.

Bei der Beurteilung eines solchen Falles muß man scharf unterscheiden, ob das Gehörorgan des Patienten vor dem Auftreten der Symptome völlig intakt gewesen oder ob bereits Erkrankungen chronischer oder akuter Art vorgelegen haben.

In beiden Fällen ist das Auftreten Menière'scher Symptome beobachtet worden.

Man hat noch einen weiteren, feineren Unterschied

gemacht, indem man die völlig Gesunden, den Ohrgesunden aber sonst an Lues, Nephritis, Arteriosclerose Erkrankten gegenüberstellte. Als weitere Möglichkeit für das Auftreten der Schwindelanfälle dürfen traumatische Insulte in Betracht zu ziehen sein, wie z. B. schwere Kopfkontusionen und unmittelbare Verletzungen des Labyrinths; auch bei Caissonsarbeitern sind Menièresche Symptome beobachtet worden.

Auf der anderen Seite von diesen eben angeführten Erkrankungen bei völlig intaktem Hörorgan stehen die Fälle, wo sich die Symptome zu einer bestehenden Ohrerkrankung zugesellt haben. Hier hat man zu beachten, ob sich der Schwindel auf der Basis einer alten Erkrankung, insbesondere eines Mittelohrprozesses entwickelt oder ob er langsam ansteigend mit dem weiteren Fortschreiten der Entzündung zunimmt. Ferner kann man bei Labyrinthprozessen, insbesondere bei solchen, die sich an chronische Mittelohrprozesse anschließen, das Auftreten Menièrescher Symptome feststellen.

In letzter Linie kämen noch Erkrankungen des Nervus acusticus und seines Kernes in Betracht, als da sind: Tumoren an der Basis, Entzündungen und Geschwülste an Nerven.

In direktem Gegensatz zu den eben aufgeführten möglichen Erkrankungen steht das Auftreten des transitorischen Schwindels, infolge äußerer Eingriffe, wie Katheterisierung, Ohrdusche, starker Insulte auf das Trommelfell, wie Detonation etc.

Derartiges Auftreten von kurzen vorübergehenden Schwindelanfällen darf nicht zu den Menièreschen Symptomen gerechnet werden.

Auch gegenüber anderen ähnlichen Erscheinungen ist man leicht geneigt, die Diagnose auf Menière zu stellen; man denke nur an Hysterie, Epilepsie und Tabes. Im Gegensatz zu Epilepsie findet jedoch fast nie völlige Bewußtseinsstörung und Zungenbiß statt, auch die typischen Krämpfe fehlen. Vielmehr kann der Kranke meist genau angeben, wie der Verlauf des Anfalls gewesen, was bei Epileptikern ausgeschlossen ist. Auch Hysterie kann man in Betracht

ziehen, doch sind dort die Symptome derartig, daß man bei genauerer Untersuchung auf die richtige Diagnose kommt. Bei Tabes findet man wohl Schwindel und Ohrgeräusche, doch fehlt die Veränderung der Hörfähigkeit.

Wenn man nun die anatomischen Verhältnisse berücksichtigt, die sich bei Fällen von Menière-Krankheit ergeben, so tastet man heute noch ziemlich im Dunkeln, denn direkte pathologische Veränderungen sind auf dem Wege der Sektion fast kaum nachzuweisen.

Bei einer Betrachtung der einzelnen Teile des Ohres in der Reihenfolge von außen nach innen wäre zunächst der äußere Gehörgang zu berücksichtigen. Erkrankungen dieses Teils des Hörapparates kommen aber hier gar nicht in Frage, da sie allein nicht imstande sind, das Krankheitsbild, um das es sich hier handelt, hervorzurufen. Auch Mittelohrprozesse sind nicht der eigentliche und alleinige Grund und Veranlassung zum Auftreten der Menièreschen Symptome.

So bleibt als Herd der Erkrankung nur noch das Labyrinth.

Bereits Menière glaubte die Krankheit auf eine Erkrankung dieses Teiles des Ohres, d. h. auf Druckschwankungen im Innern des Labyrinths zurückführen zu können; denn wie die Sektion eines Mädchens, das nach einer heftigen Erkältung taub und schwindlig wurde und am fünften Tage ad exitum kam, ergab, waren die halbzirkelförmigen Kanäle mit einer roten plastischen Masse, einer Art Exsudat angefüllt. Hiervon war im Vestibulum kaum noch eine Spur zu merken, während die Schnecke völlig frei war. Das Gehirn und Rückenmark waren völlig intakt.

Nun muß noch entschieden werden, ob eine Erkrankung des Labyrinths allein, ohne Mitbeteiligung des Gehirns sämtliche Menière'schen Symptome hervorrufen kann.

Daß jedes Erkranken des Labyrinths einen Einfluß auf das Gehör ausüben muß, ist klar. Es bleibt nur noch die Frage offen: ist eine Verletzung bezw. pathologische Veränderung des Labyrinths selbst oder in demselben im Stande, Bewegungsvorgänge in unserm Körper hervorzurufen

oder zu verhindern oder ist das Labyrinth nur ein Nervenapparat, bestimmt zur Wahrnehmung von Geräuschen und Tönen?

Wie durch Versuche (Versuch von Weber-Liel) nachgewiesen ist, ist es möglich, durch einfache Steigerung des Drucks innerhalb des Labyrinths Rauschen, Sausen, ja sogar selbst einen Schwindelanfall hervorzurufen.

Wenn auch zugegeben werden muß, daß durch Einblasen von Luft oder durch entzündliche Prozesse in der Paukenhöhle noch andere Symptome auftreten können, so ist es doch jedenfalls sicher, daß durch das einfache Eindrücken des Steigbügels stets Schwindel erzeugt wird, ohne daß durch dieses Trauma die Mittelohrnerven oder das Paukenhöhlendach irgend wie irritiert werden. Ebenso ergab eine Verletzung der Bogengänge d. h. der Austritt der Lymphe aus den Gängen stets das Bild des Taumelns und Schwindels, wie durch zahlreiche Tierversuche nachgewiesen worden ist.

Da auch Druckschwankungen der intracraniellen Flüssigkeit, wie durch Högyes festgestellt worden ist, nicht im Stande sind, Menière'sche Symptome auszulösen, so bleibt nur noch die Annahme übrig, daß der Sitz der Erkrankung im Labyrinth selbst, speziell in den Bogengängen liegt. Dies wird durch mehrere Fälle, wo die Verletzungen des Labyrinths eine traumatische war, bewiesen.

So schildert H. Schwartze im Archiv für Ohrenheilkunde einen Fall, wo er bei einem an einem eitrig-kariösen Prozeß im Mittelohr Erkrankten die Eröffnung des Warzenfortsatzes vornahm. Hierbei begegnete ihm das Mißgeschick, daß er infolge totaler Sklerose des Proc. mast. zu weit vordrang und wie die Sektion nachher ergab, den horizontalen Bogengang eröffnete.

Die Folge davon war, daß der seither völlig schwindelfreie Patient von so heftigen Gleichgewichtsstörungen befallen wurde, daß er längere Zeit hindurch das Bett nicht verlassen konnte und es bei den geringsten Bewegungen zu andauerndem Erbrechen kam. Auch nach Ablauf der heftigen Symptome kam sich Patient »stets wie ein Betrunkener vor«

und es war ihm das Gehen nur mit Hülfe eines Stockes und bei stark gespreizten Beinen möglich.

Hiermit ist deutlich bewiesen, daß es möglich ist, durch Verletzung des Labyrinths bezw. Veränderung der Druckverhältnisse in demselben die echten Menière'schen Symptome auszulösen.

Die Druckveränderungen können bedingt sein entweder durch Kompressionen der membranösen Teile der Labyrinthwand infolge Druckwirkung pathologischer Produkte oder durch Einwärtspressung der Steigbügelplatte in das fen. ovale, sei es infolge anormaler Fixation oder aber reizhafter Contraktionen des Musculus tensor tympani.

In diesem letzteren Falle ist Weber-Liel der Ansicht, daß es möglich ist, durch einfache Durchtrennung des Muskels, selbstredend bei sonst intaktem Hörorgan, das Leiden sofort zu coupieren.

Daß es auch möglich ist, durch vorübergehende Druckerhöhungen mit darauffolgender Druckverminderung die Menière'schen Symptome auszulösen und daß diese dann noch längere Zeit anhalten, ist durch Untersuchungen von A. Lucä und Frankel-Hochwart erwiesen. Ersterer hat durch Versuche an Ohrkranken mit Trommelfellaffektionen aber freier Tube durch plötzliche Erhöhung des Luftdrucks vom äußeren Gehörgange her dargelegt, daß hierdurch ebenfalls die Menière'schen oder denselben doch sehr ähnliche Symptome ausgelöst werden können. Frankel-Hochwart hat durch Versuche an Caissonarbeitern dasselbe bewiesen. So schildert er die Krankengeschichte eines 27 jährigen Caissonarbeiters, der nach 4stündigem Aufenthalt in der Taucherglocke und nachdem er vorschriftsmäßig ausgeschleußt war, erkrankte unter Schmerzen in den Beinen und plötzlicher Bewußtlosigkeit. Nachdem er zu sich gekommen, klagte er über Ohrensausen, Drehschwindel und Erbrechen. Auch bemerkte er Schwerhörigkeit rechts. Die Schmerzen in dem Bein ließen bald nach, auch der Schwindel war nach 4 Wochen fast völlig verschwunden, sodaß nur noch der Hördefekt und die subjektiven Geräusche zurückblieben. Nachdem er ein Vierteljahr wieder gearbeitet, erkrankte er

unter ähnlichen Erscheinungen. Die Beschwerden waren fast dieselben, nur war er jetzt auf beiden Ohren ertaubt. Dies besserte sich etwas, indem auf dem linken Ohr die Sprache in 5 cm gehört wurde, selbst nach drei Jahren war Patient r. noch völlig taub, links Conversationssprache 20 cm.

Wie durch Studien von Heller und Schrötter nachgewiesen ist, treten die Menière'schen Symptome durch rasche Erniedrigung des Luftdruckes (Dekompression) ein. Manchmal treten die Krankheitserscheinungen erst nach geraumer Zeit, einer halben bis einer Stunde auf. Meist leiten Beinschmerzen, kurzes Schwindelgefühl und Erbrechen die eigentliche Krankheit ein.

Bisher war nur die Rede vom Auftreten von Menière-schen Symptomen nach Traumen oder operativen Eingriffen. Es ist aber nachgewiesen durch Frankel-Hochwart und andere, daß es auch zu denselben Krankheitsbildern bei völlig intaktem Ohr kommen kann.

So schildert er folgende 5 Krankengeschichten:

Im Falle I handelte es sich um einen 42jährigen Finanzoberaufseher, der im Jahre 1890 an Larynxtuberkulose erkrankt war. Sonst gesund, keine Lues, kein Ohrleiden. Im Jahre 1893 bekam er eines Morgens nach dem Frühstück heftiges Erbrechen, anfangs der genossenen Nahrung, dann schleimiger Massen, wobei sich heftiger Schwindel, kalter Schweiß und Vernichtungsgefühl einstellten. (Kein Ohrensausen). Erst nach drei Jahren, September 1896, trat nach einer neu erlittenen Attacke Sausen im rechten Ohr auf, das plötzlich fast ganz ertaubte, ohne daß sich der Hördefekt je mehr ganz ausglich. Die Untersuchung ergab damals: Konversationssprachen l. 12 cm, r. 1 cm, daneben die Zeichen einer nervösen Hörstörung, sonst völlig negativer Befund. Als er den Kranken nach 7 Jahren 04 wieder sah, berichtete er, daß er bis 02 ca. zweimal im Jahre an ähnlichen Schwindelanfällen gelitten habe, die von Erbrechen und Sausen am schwerhörig gebliebenen rechten Ohre begleitet waren. Außerdem hatte er im Jahre 1899 einige Stunden nach einer starken Aufregung einen plötzlichen

Bewußtseinsverlust von 1—2 Minuten. Der objektive Befund war unverändert.

Im Falle II handelte es sich um eine 33 Jahre alte Näherin, die im Jahre 1897 angab, daß ihre Mutter schwerhörig sei, daß eine Schwester ebenfalls ohrleidend war und an Tuberkulose starb. Patientin war bis auf geringe Blutarmut ganz gesund, hatte hier und da Schwindelanfälle, denen bisweilen Erbrechen folgte. Sie litt nie an Ohrensausen, das Gehör war gut. Anfangs November 1897 wurde Patientin von Ohrensausen befallen, dazu gesellte sich nach einigen Stunden Schwindel, Herzklopfen, Übelkeit, Erbrechen bei freiem Bewußtsein; beim Liegen cessierte die Schwindelempfindung. Seit dieser Attacke blieb Schwerhörigkeit und das Sausen zurück. Die Schwindelanfälle wiederholten sich von da an ein bis zwei mal im Jahr. Im Juni 1904 berichtete die Kranke, daß sie in ähnlichen Zwischenräumen immer noch Anfälle habe, dieselben kommen gewöhnlich des Morgens unter Erbrechen und Diarrhöen. Dazu gesellt sich bald heftiger Drehschwindel unter starker Zunahme des Ohrensausens. Bei beiden Untersuchungen zeigte sich Schwerhörigkeit links mit den Zeichen der nervösen Affektion.

Im Falle III handelte es sich um einen 56 jähr. Gutsbesitzer, er litt in den Jahren 88 bis 97 oft an Harngries, war sonst gesund, hatte nie Zeichen einer Ohrenaffektion. Am 1. August 1900 fühlte er sich noch sehr wohl. Des Nachts erwachte er durch Geschrei der Umgebung und fand sich auf dem Boden liegen. Er glaubt, daß er eine Viertelstunde bis halbe Stunde bewußtlos war. Er empfand sofort heftiges Sausen im linken Ohr, Kopfdruck, Schwindel, Dunkelsehen, am zweiten Tage konstatierte der Arzt Taubheit des linken Ohres. Von da an lag der Kranke monatelang im Bett, wurde von entsetzlichem Schwindel geplagt, konnte nicht in die Höhe schauen, daneben heftiges Ohrensausen. Der Ohrbefund ergab Schwerhörigkeit links mit den Zeichen einer nervösen Affektion; der Nervenbefund war bis auf leichtes Romberg-Phänomen negativ. Als er den Kranken am 16. Juli 1904 wieder sah, berichtete er,

daß er am 9. Juni 1904 einen apoplektischen Insult erlitten habe, dem Sprachbehinderung und Schwere des linken Beines folgten; er litt öfters an Kopfschmerzen und an einer gewissen Unsicherheit am Gange. Eigentliche Schwindelanfälle im Menière'schen Typus hat er nie mehr gehabt. Die Schwerhörigkeit hatte noch das rechte Ohr ergriffen. Das Ohrensausen ist heftig. Die Untersuchung ergab Steigerung des Sehnervenreflexes links, ferner einen leichten Grad von Demenz. Die otiatrische Exploration zeigte links hochgradige, rechts mäßige Schwerhörigkeit mit den Symptomen nervöser Affektion.

Im Falle IV handelte es sich um einen 34jähr. Beamten, den er im April 1895 zum ersten mal untersuchte. Er war in jeder Hinsicht vollkommen gesund gewesen, hatte nie Ohrsymptome aufgewiesen. Ende April 1895 wurde er beim Verlassen des Hauses plötzlich von Ohrensausen befallen, daneben Drehschwindel und Schwerhörigkeit. Nachdem die Attacke 20 Minuten gedauert hatte, folgte heftiges Erbrechen, worauf die Drehempfindung etwas nachließ. Seitdem öfters ähnliche Anfälle, denen nur einmal Erbrechen, sonst aber nur Brechreiz folgte, Schwerhörigkeit und Sausen blieben unverändert. Die otiatische Untersuchung ergab geringe Veränderungen an den Trommelfellen, im übrigen Schwerhörigkeit, links mit dem eklatanten Zeichen einer nervösen Affektion, außerdem starkes Rhomberg-Phänomen, während der Nervenbefund sonst negativ war.

Fall V betrifft einen 34jähr. Landwirt, der im Jahre 1884 an Bronchitis erkrankt war. Seit März 1887 Tumor im Unterleibe, Mattigkeit, später Leberschwellung, bedeutende Vermehrung der weißen Blutkörperchen.

Anfangs September, beim Versuche aufzustehen, wurde Patient zu Boden geschleudert (kein Bewußtseinsverlust), dann Drehschwindel, Pfeifen im Ohr, Erbrechen; am 3. Tage sank das Hörvermögen innerhalb 4 Stunden auf Null ab. Gleichzeitig Verdunkelung des Sehfeldes, Flimmern, Retinalblutungen (Exitus April 1891).

Nun der Fall aus der hiesigen Nervenklinik.

Patient (Kaufmann), 55 Jahre alt, kommt Mitte Sep-

tember 03 in die Klinik und gibt folgende Schilderungen seines Leidens: Eine hereditäre Belastung ist nicht nachzuweisen. Er ist außer Typhlitis und Pleuritis nie krank gewesen. Im November 1901 hatte Patient zum ersten mal einen Schwindelanfall. Er bekam auf der Straße ohne äußere Veranlassung und ohne vorhergehendes Unwohlsein plötzlich Schwindelgefühl und taumelte. Mit Mühe nach Hause gegangen, trat heftiges Erbrechen und erneuter Schwindel auf. Das Gehör auf der linken Seite war fast gänzlich aufgehoben. Nach einigen Wochen erneuter Anfall.

Am 6. IX. 03, bei der Fahrt im Wagen stellte sich das Gefühl ein, als falle der Wagen um und drehe sich alles nach rechts. Patient ist tatsächlich aus dem Wagen gefallen.

Am 7. IX. 03 Fall vom Stuhl unter denselben Symptomen. Patient hat in letzter Zeit viel Aufregungen durchgemacht, ist ängstlich und weinerlich, hat konstant Schwindelgefühl. Daher am 13. IX. 03 Aufnahme in die Klinik.

Der Status bei der Aufnahme zeigte einen kräftigen Mann in mittlerem Ernährungszustand. Das Gesicht ist etwas gerötet. Der rechte Mundfacialis etwas schwächer innerviert, die Zunge zittert etwas, zuweilen sucht Patient nach Worten. Er ist überhaupt sehr leicht erregbar, bald heiter, bald sehr niedergeschlagen, hat oft hypochondrische Klagen. Nach der Aufnahme und Verlegung in den ersten Stock der Klinik Schwindelgefühl wegen der Fenster und des weiten Ausblickes: »Es ziehe ihn nach den Fenstern hin«.

Im Parterre hinter Gitterfenstern und mit beschränkter Aussicht etwas besser.

Am 15. X. fühlt sich Patient schlechter, klagt über Blutwellen nach dem Kopf und Schwindel. Er ist sehr weinerlich und schwach, hat Geräusche im Ohr, zum Teil gellend wie lautes Pfeifen, Vogelgezwitscher, Gehörfähigkeit ist sehr wechselnd, aber immer noch bedeutend herabgesetzt. Eine organische Gehörerkrankung des linken Ohres ist nicht nachzuweisen. (Untersuchung von Professor Friederich). Allerdings ist Patient seit langem auf dem rechten Ohr taub.

Am 12. I. 04 fühlt sich Patient wieder schlechter, klagt über Schwindel, Unfähigkeit zu gehen und zu lesen. Eine Augenerkrankung liegt jedoch nicht vor. (Untersuchung von Dr. Rehe.)

Am 5. II. 04. In letzter Zeit fühlt sich Patient etwas besser, ist heiterer und bewegt sich etwas freier. Dem Arzt gegenüber klagt er noch etwas.

Am 7. III. 04 wurde er als geheilt entlassen. Im Herbst 1908 noch völlig gesund, d. h. bis jetzt keinen erneuten Anfall.

Wenn wir nun diesen letzten Fall berücksichtigen, so müssen wir ihn wohl der Gruppe der echten Menière'schen Symptome angliedern, dann bei ihm finden wir alle die Symptome vertreten, die der Menière'schen Krankheit ihren Namen gegeben haben, ebenso wie bei den von Frankel - Hochwart geschilderten Fällen. Allerdings muß zugestanden werden, daß der Patient nebenbei sicher nervös war, wenn nicht gar hypochrondrisch; denn nach seiner eigenen Angabe hatte er in letzter Zeit mehrfach Aufregungen und Erregungen durchgemacht, und zeigte sich leicht erregbar, weinerlich und wechselnd in seiner Stimmung.

Wenn wir nun zunächst das Alter berücksichtigen, in welchen die meisten Fälle zur Beobachtung kamen, so müssen wir zur Überzeugung gelangen, daß es meist das mittlere Lebensalter zwischen 30 bis 50 bis 60 Jahren ist, in dem derartige Symptome am häufigsten auftreten. Meist handelte es sich um Patienten männlichen Geschlechts, doch bleiben auch Frauen nicht davon verschont.

Frankel - Hochwart hat bei 42 Kranken 25 Männer und 17 Frauen erkrankt gefunden.

Die Ursachen dieser Krankheit liegen wie oben erwähnt, noch fast völlig im Dunkeln. Bei mehreren Patienten wurde Leukämie konstatiert (Fall V). Auch luetische und metaluetische Zustände sowie Arteriosclerose müssen berücksichtigt werden.

Nun finden sich, wie z. B. bei der cerebralen Apoplexie, auch bei der Menière'schen Krankheit häufig Prodrome, allerdings ist dies nicht unbedingt der Fall.

Auch bei unsern Patienten können wir eine Aura vor dem eigentlichen Anfall konstatieren. Er bekam zuerst auf der Straße leichten Schwindel und erst zu Hause traten die Symptome deutlich auf. Die Prodrome können Minuten, Stunden, Tage, Wochen, ja sogar Monate lang vorher den Anfall einleiten. Frankel-Hochwart beschreibt in der oben erwähnten ersten Krankengeschichte, daß der Patient drei Jahre vorher einen Schwindelanfall mit Ohrensausen erlitten hat und die ganze Zwischenzeit von derartigen Beschwerden freigeblieben war.

Der Schwindel selbst ähnelt den Anfällen, wie sie auch bei Ohrleiden auftreten, nur daß er bedeutend stärker ist, sodaß die Patienten unmöglich grade stehen oder sich bewegen können. Eine Bewußtlosigkeit ist meist nicht vorhanden. Am häufigsten tritt der Anfall ein bei freiem Bewußtsein, wie dies ja auch bei den oben angeführten Fällen mit einer Ausnahme (?) zutraf.

Wie sich der Gehördefekt entwickelt, ist nicht sicher nachzuweisen, da die Kranken durch den starken Schwindel irritiert, meist nicht darauf achten. Oft ertauben die Kranken sofort, oft handelt es sich nur um starke Schwerhörigkeit, selten ist der Gehördefekt ein geringer.

Welches Ohr am meisten betroffen wird, ist schwer einheitlich festzustellen, selten werden beide Gehörorgane gleichzeitig befallen. Wenn nur ein Ohr betroffen wurde, so ist es eben so oft das rechte wie das linke. Hier sei erwähnt, daß oft doppelseitige Ohrerkrankungen bei Kindern als Morbus apoplectiformis Menièrei gedeutet wurden, weil sie den Menière-Symptomen ähnliche Symptome zurückließen.

In fast allen Fällen tritt Erbrechen ein, oder zum wenigsten sehr starker Brechreiz. Daß auch Darmsymptome in Gestalt von Diarrhöen auftreten, hat Frankel-Hochwart in 15 Fällen erwähnt, doch ist dies sicher noch häufiger der Fall, da dieses Übel im Vergleich zu dem Schwindel und dem Ohrensausen bei weitem das kleinere ist.

Was nun die Fall- oder Sturzbewegungen anbetrifft, so geben einige Patienten an, daß sie stets nur das Gefühl

haben, als drehe sich alles nach rechts oder links, oben oder unten. Bei anderen wieder ist es ein völliger Wirrwarr, sie können eine bestimmte Richtung nicht angeben. Das Fallen der Patienten selbst erfolgt meist nur in einer Richtung, doch bestätigen auch hier Ausnahmen die Regel. Bei der Mehrzahl der Kranken läßt der Schwindel und das Drehungsgefühl nach, sobald sie die horizontale Lage eingenommen haben. Damit ist aber noch nicht gesagt, daß die horizontale Rückenlage ein Sistieren bedingt, im Gegenteil beweist ein von Frankel-Hochwart angeführter Fall, daß sich der Schwindel dabei verschlimmerte, während er in Seitenlage nachließ. Aber horizontale Lage bessert unter allen Umständen das Schwindelgefühl. Bei den Scheinbewegungen, die die Kranken zu sehen glauben, müssen wir auch die Augensymptome berücksichtigen. Auch in unserem Falle klagte der Patient über die Unfähigkeit zu lesen, obwohl eine Erkrankung des Auges und des Nerven nicht vorlag. Auch Flimmern vor den Augen, Verdunkelungen des Sehfeldes kommen vor. Häufig findet man Nystagmus und dadurch bedingt das Doppelt- und Mehrfachsehen.

Menière hat bereits als einen Hauptfaktor bei derartigen Krankheitserscheinungen die Erhaltung des Bewußtseins bezeichnet. Auch in unseren Fällen, mit Ausnahme des dritten, fehlt der Bewußtseinsverlust völlig, und selbst in diesem einen Falle ist er nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Sicher ist, daß bei dem Auftreten der echten Menière'schen Symptome tiefe Bewußtlosigkeit zu den äußersten Seltenheiten gehört, und aus den bis jetzt veröffentlichten Fällen nicht nachzuweisen ist.

Bei den Anfällen tritt meistens eine Röte des Gesichts auf und die Patienten klagen über Hitze- oder Kältegefühl; auch Schweißausbruch, verbunden mit einer Art nervösen Schüttelfrostes ist häufig. Der Puls ist im Anfalle meist beschleunigt, klein, fadenförmig. Nur in einem Falle hat Frankel-Hochwart Pulsretardation konstatiert. Die Sehnenreflexe sind meist etwas erhöht, doch ist dies nur in geringem Maße der Fall. Die Nerven scheinen

während des Anfalls überhaupt besonders stark irritiert zu werden.

Im allgemeinen muß man berücksichtigen, daß neurasthenische, bezw. hysterische oder hypochondrische Symptome oft mit der Vertigo auralis in Zusammenhang stehen, wie dies auch in dem letzten Fall auf der hiesigen Nervenklinik zutrifft.

Auch schildert Frankel-Hochwart in seiner Abhandlung über den Menière'schen Symptomenkomplex 3 untenstehende Krankengeschichten, die leicht eine Verbindung von Hysterie und Pseudo-Menière'schen Symptom erkennen lassen; doch darf man annehmen, daß hier (mit Ausnahme des letzten Falles) die Menière'schen Anfälle auf Grund der bestehenden Hysterie entstanden sind und nicht die Hysterie auf Grund der Menière'schen Anfälle.

1) Eine Krankengeschichte von Gilles de la Tourette:

Die Kranke, welche eine ausgesprochene Hysterika war, litt seit einigen Monaten an Sausen im rechten Ohr mit zeitweilig auftretendem Pfeifen; der Gang war schwankend, Schwindelanfälle und Erbrechen nicht selten. Die Anfälle waren so stark, daß die Patientin zusammenstürzte, Eines Nachts fiel sie sogar aus dem Bette. Die Richtung des Falles entsprach der (rechten) Seite, an welcher Hemiparese und Hemianästhesie bestand. Die Krise endete mit Weinen. Die Untersuchung des Ohres sowie des Gesamtzustandes ließ keinen Zweifel an der hysterischen Natur des Anfalles aufkommen.

Ein zweiter Fall von Herrn Dr. Hatschek.

W. Sch., 25 Jahre, Gutsbesitzerstochter.

Vater soll Nachtwandler sein. Die Mutter litt in den letzten Jahren an Melancholie. Ein Vetter und ein Onkel mütterlicherseits haben durch Selbstmord geendet. Ein Cousin leidet an Epilepsie, welcher Krankheit auch die jüngere Schwester unterworfen zu sein scheint. Patientin bis auf Blattern stets gesund. Hatte vom 10. bis 12. Lebensjahre Anfälle von Schwindel und Erbrechen, die mehrere Stunden währten; nie ein Bewußtseinsverlust, keine Krämpfe, nie

Enuresis nocturna. Zwischen dem 12. und 23. Jahre kein Anfall, dann nach dem Tode ihrer Mutter ein Anfall, dann wieder durch 5 Jahre Ruhe. Im Jahre 1894 in der Nacht plötzlicher Drehschwindel mit Kopfschmerz, keine Krämpfe, keine Inkontinenz, nach 4 Stunden besser. Während des Anfalls Äußerungen, die auf Halluzinationen schließen lassen: »So gebt doch dem Leiermann einen Kreuzer, daß er weggeht. Schickt doch die Musik fort«. Nach dem Anfall erinnert sie sich der Schwindelsymptome, der Halluzinationen erst, nachdem man sie darauf aufmerksam gemacht. Sie entsinnt sich dann, außer dem Ohrensausen eine Musikkapelle und einen Leierkasten gehört zu haben. Später in der nächsten Woche noch wenige leichtere Anfälle, dann Cessieren derselben bis zu dem mehrere Jahre später erfolgten Tode an Typhus. Der objektive Befund war stets negativ. Das Gehörorgan zeigte lange nach dem Anfall nicht die geringste Anomalie.

Ein dritter Fall von Rybalkim.

J. S., die Frau des oben geschilderten Finanzwachoberaufsehers, der an echtem apoplektischen Menière'schen Symptomenkomplex gelitten hat. Sie war eine kräftige, gut genährte Frau von 44 Jahren, die außer einer Influenza in ihrem 30. Jahre keine Krankheit durchgemacht hatte. Sie leidet seit Juli 98 an Übelkeiten mit Brechreiz oder Brechen; manchmal an Schwindelanfällen, die von den oben angeführten Zuständen unabhängig waren, bisweilen an Herzklopfen. Seit Sommer 03 ist sie Schwindelanfällen, von bestimmtem Typus unterworfen, welche erst vereinzelt, später häufig und nun täglich auftreten.

Sie werden von Ohrensausen, Übelkeiten und Brechreiz begleitet, manchmal kommt es wirklich zum Erbrechen. Patientin muß sich während der Paroxysmen anhalten, die Gegenstände scheinen ihr unbewegt, während sie sich selbst gedreht fühlt; während des Anfalles Herzklopfen, das Ohrensausen besteht interparoxymal nie. Die höchste Dauer des Anfalls betrug eine halbe Stunde, nie kam es zur Bewußtlosigkeit. Auf direktes Befragen gibt die Patientin an, daß sie sich während des Anfalles nie niedersetze, daß Augen-

verschluß sogar verschlechternd wirkte. Das Gehör war stets gut. Auch in den anfallsfreien Zeiten fühlt sich Patientin sehr erregt und ängstlich. Der Schlaf unruhig, die Träume erregt. Der objektive Befund bezgl. des Nervensystems ergab: Herabsetzung des Kornealreflexes, heftiger Tremor, sonst negativ. Keine sensorischen Störungen, das Gehör erwies sich als völlig intakt. Die feinste Stimmgabeluntersuchung konnte nicht die geringsten Anomalien nachweisen.

Bei diesem letzten Falle war man anfangs im Zweifel, ob nicht etwa ein Doppelfall von Menière bei Eheleuten vorlag, doch ergab die genaue Examination der Kranken, daß ihr Leiden angefangen zu einer Zeit, wo das ihres Mannes auf der Höhe der Entwicklung war. Auch in unserm Falle in der hiesigen Klinik war leichte Neurasthenie vorhanden und ist dieselbe durch wiederholte leichtere Anfälle vielleicht noch gesteigert worden.

Ja, Frankel-Hochwart geht sogar soweit, daß er von einer Menière-Neurasthenie spricht, die sich auf Grund der Menière'schen Symptome entwickelt. Es ist ja auch leicht zu erklären, daß wer einmal einen derartigen Anfall durchgemacht hat, in steter Furcht vor der Wiederholung lebt und dadurch nervös wird, zumal wenn man in Betracht zieht, daß meist auch schon nur schwerhörige Patienten deprimiert sind.

Wie bereits oben erwähnt, sind die pathologischen Ergebnisse bei Menière-Kranken sehr geringe und selbst wenn die Sektion eine Veränderung im Labyrinth ergab, so war doch meist nicht die unanfechtbare Behauptung aufzustellen, daß die Menière'schen Symptome auf diese Veränderung zurückzuführen seien, zumal auch wiederholt Änderungen im Labyrinth vorgefunden wurden, ohne daß Menière'sche Symptome aufgetreten waren.

Zum Beweis hierfür sei ein Fall von A. Lucae angeführt, wo ein 4 jähriger Knabe an Meningitis erkrankte und nach Abklingen derselben von völliger Taubheit befallen wurde, ohne daß Menière'sche Symptome auftraten. Dies trat ein zur Zeit der Rekonvalescenz. Der Taubheit ging

nur ein 3 Tage anhaltendes starkes Ohrklingen voraus, alle anderen Symptome fehlten. Als nach einigen Wochen der Knabe durch einen erneuten Meningitisanfall ad exitum kam, ergab die Sektion neben tuberkulöser Basilarmeningitis und Hydrocephalus internus freie Nervi acustici und in den beiden Labyrinthen eine hämorrhagische Entzündung, die namentlich in den halbzirkelförmigen Kanälen und in den Vorhöfen sehr deutlich war. Das Gehör war in der ganzen Intervallzeit nicht wiedergekehrt.

Die meisten Nekropsien, und deren liegen jetzt nur eine geringe Anzahl vor, ergeben eine Infiltration des Labyrinths bezw. der halbzirkelförmigen Kanäle.

Die Mehrzahl der Patienten, die zur Sektion kamen, litt allerdings an Leukämie und grade bei dieser Art der Erkrankung ist eine Affektion des Labyrinths häufig. In den meisten Fällen wird ein blutiges oder seröses Exsudat in den Bogengängen oder in der Schnecke gefunden. Wie Alexander in seinen Publikationen schildert, hatte er einen Kranken, bei dem neben totaler Taubheit Schwindelsymptome apoplektisch aufgetreten waren. Auch hier ergab die Sektion neben beiderseitiger Labyrinthblutung und partieller Kompression des häutigen Labyrinths Leukämie, die die Nerven hochgradig angegriffen hatte. Politzer schildert zwei Fälle, wo nach Traumen Menière-Symptome auftraten. Auch hier ergab die Nekropsie eine Verletzung des Labyrinths Nebenverletzungen des Schädels. Bei allen Sektionen fand sich stets eine Veränderung des inneren Ohres oder des dazu gehörigen Nervenapparates. Auf jeden Fall ist es wahrscheinlich und mit ziemlicher Sicherheit festzustellen, daß stets bei Menière'schen Symptomen die Bogengänge die Hauptrolle spielen und daß Druckschwankungen in denselben die Entstehung der Vertigo aurales auslösen.

Was nun die Diagnose anbetrifft, so sehen wir, daß häufig Komplikationen dieselbe erschweren.

Zunächst wäre zu berücksichtigen, der Schwindel, der von Veränderungen des Auges bezw. der Muskelgruppe des-

selben ausgeht, und durch Refractionsanomalien und durch Augenmuskellähmungen hervorgerufen wird.

Ferner ist der Schwindel und das Ohrsausen bei Intoxicationen wie Chinin, Alkohol etc. zu beachten, ebenso wie ähnliche Erscheinungen durch Infektionskrankheiten wie Typhus, Lues, Magen- und Darmerkrankungen hervorgerufen werden.

Auch bei Arteriosklerotikern werden Schwindelerscheinungen beobachtet, doch ist es hier mehr ein allgemeines Taumelgefühl im Gegensatz zu dem Symptomen-Komplex von Menière, wo es sich meist um eine Drehbewegung handelt.

Am meisten Ähnlichkeit mit Menière'schen Symptomen hat noch die Epilepsie, doch tritt bei letzterer stets Bewußtseinsstörung auf, die bei Menière fehlt.

Besonders erschwert ist die Diagnose, wenn es sich um Komplikationen beider Krankheiten handelt wie Frankel-Hochwart zwei Fälle beschreibt:

Fall I.

27 jähr. Bauer, stets gesund. Potus und Lues negiert. Im Sommer 1891 begann Patient eines Tages mit der Heugabel in der Hand herumzulaufen, stürzte zusammen, war einige Minuten bewußtlos, dann Amnesie für das Vorangegangene. Im nächsten Jahre hier und da leichter Kopfschmerz mit geringem Ohrensausen. Im Mai 1892 transitorischer Bewußtseinsverlust ohne Prodrom. Dann setzten ungefähr Mitte Dezember Anfälle ein, die sich seitdem alle 3—4 Tage wiederholten. Sie beginnen mit Ohrensausen, Kopfschmerzen, Hitzegefühl im Kopfe, Brechreiz, Drehschwindel; völlig negativer Nervenbefund, Ohrbefund desgleichen. Diagnose: Epileptoide Anfälle vom pseudomenièreschen Typus.

Fall II.

Im Februar 1894 kam die 20 jähr., K. S. in das Nervenambulatorium.

Vater schwerer Potator. Mutter sehr nervös.

Patientin selbst hatte zwischen dem 13. und 16. Lebensjahre häufig choreatische Zuckungen.

Am 15. Februar wurde sie plötzlich von Ohrensausen befallen. Sie hatte das Gefühl des Rückwärtsstürzens, sodaß

sie sich anlehnen mußte, dann stellte sich heftiger Brechreiz mit Erbrechen ein, dem endlich Bewußtlosigkeit folgte. Sie war für den weiteren Verlauf amnestisch, doch hat sie gehört, daß Zuckungen aufgetreten wären. Der Nerven- sowie der Ohrbefund waren völlig negative.

Diagnose: Typischer epileptischer Anfall mit Menière'scher Aura.

Wenn man sich nun die Frage vorlegt, wie ist die Prognose derartig Erkrankter zu stellen, so darf man wohl sagen, daß sie nicht gut ist. Zwar hat Frankel-Hochwart eine ganze Reihe Besserungen, ja sogar Heilungen zu verzeichnen, aber es bleibt doch immerhin zu bedenken, ob diese wirklich anhalten und ob nicht nach Jahren noch Recidive vorkommen. Bei einem Teil der Kranken war der Status nach Jahren noch derselbe wie am ersten Tage. Bei anderen hatte sich das Leiden verschlimmert, nur bei wenigen war Besserung eingetreten. Vor allem kommt es bei Stellung der Prognose darauf an, ob außer der Menière'schen Krankheit noch eine andere Erkrankung besteht, die jene vielleicht begünstigt; selbstredend muß diese zuerst beseitigt werden.

Damit kämen wir nun zur Therapie.

Zunächst wären die Mittelohrprozesse in Betracht zu ziehen, die natürlich vor allem geheilt werden müssen. Bei stark eingezogenem Trommelfell hat Weber-Liel durch Durchtrennung des Musculus tensor tympani schöne Erfolge erzielt; daß bei Lues, Typhus etc. die betreffende Behandlung eingeleitet wird, ist selbstverständlich.

Aber wenn man nun einen Kranken ohne alle anderen Erscheinungen als die rein Menière'schen vor sich hat, dann läßt die Therapie den Arzt sehr häufig im Stich. Frankel-Hochwart empfiehlt als das Mittel, das sich bei ihm am besten bewährt hat, Brom und Jod-Natrium und gab zwei bis drei gr täglich. Auch laue Bäder werden gelobt. Babinsky hat durch Lumbalpunktion erhebliche Abnahme des Schwindels und Ohrsausens zu verzeichnen. A. Lucae hat durch Applikation des Heurteloup'schen künslichen Blutegels ad Proc. mast. manchmal rascheres Zu-

rückgehen des taumelnden Ganges gesehen, doch blieb der Gehördefekt der gleiche. Auch Extr. secale cornut. wird von ihm empfohlen, am besten subcutan hinter der Ohrmuschel appliciert. Evtl. haben auch Injektionen von Pilocarpin à 0,01 vorübergehend Erfolg. Bei positiven Rinne und bei Perzeption der höchsten Töne hat sich die Drucksonde in manchen Fällen bewährt und das Gehör verbessert, wenn auch noch immer Sausen und Kopfschmerzen weiter bestanden.

Was die Ernährung der Kranken anbetrifft, so gebe man mäßig viel, aber kräftige Nahrung; die Kranken halten selbst meist Maß, weil sie durch Überladung des Magens erneute Anfälle befürchten. Im allgemeinen sind besondere Ernährungsvorschriften nicht von Nöten.

Literatur.

Menière, P., »Memoire sur les lèsions de l'oreille interne, donnant lieu à des symptomes de congestion cèrébrale apoplectiforme.«

Lucae, A., »Menier'sche Krankheit, in Eulenburgs Real-encyklopädie Bd. VII.

Eckert, L., »Über die Menièresche Krankheit.« B. Schwalbe, Basel 1884.

Heermann, G., »Die Entwickelung der Lehre vom Menière'-schen Symptomenkomplex im letzten Jahrzehnt. Intern. Centralblatt für Ohrenheilkunde Bd. IV. Heft 9.

v. Frankel-Hochwart, L., »Der Menièresche Symptomen-komplex. A. Hölder, Wien 06.

Schwartze, H., »Kasuistik zur chirurgischen Eröffnung des Warzenfortsatzes. Arch. f. Ohrenheilkunde. Band XII.

Lebenslauf.

Ich, Walter Ebel, evangelischer Konfession, bin am 29. Juli 1885 in Kesselbach im Kreise Gießen in Oberhessen als ältester Sohn des damalig Fürstlich-Rabenau'schen Revierverwalters Moritz Ebel geboren. Im Frühjahre 1888 wurde mein Vater nach Jägersburg im Kreise Bensheim in Starkenburg als Großherzoglich Hessischer Oberförster angestellt. Daselbst erhielt ich von meinem fünften bis siebenten Jahre Privatunterricht im Hause. Im Frühjahre 1893 besuchte ich die oberste Vorschulklasse des Gymnasiums zu Gießen. Zu Ostern 1894 bezog ich das Gymnasium zu Bensheim, das ich zu Ostern 1904 absolvierte. Ich studierte dann 5 Semester in Gießen, wo ich im Juli 1904 meine medizinische Vorprüfung bestand. Im folgenden Semester ging ich nach Berlin und im Sommer 1907 nach München. Im Oktober 1907 bezog ich die Universität Kiel, die ich seither nicht verlassen habe. Im Mai bestand ich daselbst das medizinische Staatsexamen.